

**ZARZĄDZENIE NR 83**  
**WOJEWODY MAZOWIECKIEGO**

z dnia 23 lutego 2018 r.

**w sprawie ustalenia wysokości wynagrodzenia członków Wojewódzkiej Komisji do  
Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie**

Na podstawie art. 67h ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524) oraz art. 17 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2017 r. poz. 2234) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Wysokość wynagrodzenia członka składu orzekającego Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie, zwanej dalej „Komisją”, ustala się na kwotę:

- 1) 250 złotych za udział w pierwszym posiedzeniu w sprawie;
- 2) 60 złotych za udział w drugim posiedzeniu w sprawie;
- 3) 50 złotych za udział w trzecim posiedzeniu w sprawie;
- 4) 10 złotych za udział w czwartym i kolejnym posiedzeniu w sprawie;
- 5) 350 złotych za udział w ostatnim posiedzeniu w sprawie.

**§ 2.** Wynagrodzenie, o którym mowa w § 1, jest wypłacane za dany miesiąc na podstawie:

- 1) listy obecności na posiedzeniu składu orzekającego Komisji, której wzór określa załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 2) zestawienia zbiorczego o liczbie posiedzeń i wysokości wynagrodzenia członków Komisji, którego wzór określa załącznik nr 2 do zarządzenia.

**§ 3.** Wynagrodzenie, o którym mowa w § 1, jest wypłacane do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu rozliczeniowym.

**§ 4.** Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorom: Wydziału Zdrowia, Wydziału Finansów oraz Biura Kadr i Obsługi Prawnej w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie.

**§ 5.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**WOJEWÓDZKA KOMISJA  
DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W WARSZAWIE**

Plac Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa  
tel. (22) 695 62 41, 695 69 47/fax (22) 695 69 01  
e-mail: [zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl](mailto:zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl)

Warszawa, dnia.....

**Lista obecności na posiedzeniach składu orzekającego Wojewódzkiej Komisji do Spraw  
Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w dniu.....**

L.p.	Sygn. akt	Kolejność posiedzenia	Informacja, czy posiedzenie jest ostatnim w sprawie*	Imię i nazwisko członka składu orzekającego	Podpis członka składu orzekającego	Podpis przewodniczącego składu orzekającego

.....  
*potwierdzam*  
(data i podpis Przewodniczącego Wojewódzkiej Komisji)

*\*Proszę zaznaczyć znak X w przypadku, gdy posiedzenie jest ostatnim w sprawie, tj. jeżeli zostało podczas posiedzenia wydane orzeczenie w sprawie.*

**WOJEWÓDZKA KOMISJA  
DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH W WARSZAWIE**

Plac Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa  
tel. (22) 695 62 41, 695 69 47/fax (22) 695 69 01  
e-mail: [zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl](mailto:zdarzeniamedyczne@mazowieckie.pl)

Warszawa, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko Przewodniczącego Wojewódzkiej Komisji)

**Dyrektor  
Biura Kadr i Obsługi Prawnej  
w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim  
w Warszawie**

Działając na podstawie § 21 ust. 2 Regulaminu działania Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 1/2018 Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie z dnia 26 stycznia 2018 r. w sprawie „Regulaminu działania Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie”, przedstawiam informację o liczbie posiedzeń i wynagrodzeniu członków Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie w miesiącu..... \*

L.p.	Imię i nazwisko	Liczba posiedzeń płaconych po 250 zł	Liczba posiedzeń płaconych po 60 zł	Liczba posiedzeń płaconych po 50 zł	Liczba posiedzeń płaconych po 10 zł	Liczba posiedzeń płaconych po 350 zł	Kwota do wypłaty

.....  
sporządził i potwierdził \*\*  
(data i podpis Przewodniczącego Komisji)

.....  
(data i podpis pracownika Wydziału Zdrowia)

.....  
(data i podpis Dyrektora Wydziału Zdrowia  
lub osoby upoważnionej)

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej  
dokumenty w BKOP)

\* podać miesiąc i rok

\*\* potwierdzenie dotyczy obecności członków składu orzekającego komisji na posiedzeniu

